

Några tankar om att möta människor, inom psykiatrin och i största allmänhet

Manual samt ordning och reda, tack!

- Alla vill naturligtvis ha ett recept, en metod, en sjupunktlista över hur man gör. And it had better work... Sorry, men detta är en mellan-raderna-kurs. Ju fler sätt ni har att tänka kring ett problem och hur ni skulle kunna göra, desto friare blir ni att i så många situationer som möjligt hitta *något* sätt som fungerar. Patientens rigiditet och enkelspårighet måste vi möta med desto fler egna förhållningssätt att välja bland. Rigiditet möts med flexibilitet, ilska med empati och undfallenhet (visa strupen), högljuddhet med låg röst och mildhet.
- Samtal handlar inte om metodik, det handlar om kvalitet. Kvaliteten på mina samtal avgör resultatet, inte vilken teknik jag använder eller vilken kurs jag gått på.
- "No written word, no spoken plea can teach our youth what they should be, nor can all the books on the shelves. It's what the teachers are themselves." (John Wooden)

Psykiatrins svårigheter - varför får man "ingen hjälp"?

- Jag utgår i mina presentationer från ett Stockholmsperspektiv, där vi trots allt har rätt goda resurser. Lika bra att ni vet vad ni borde kunna förvänta er av psykiatrin, även om det inte alltid ser så ut i praktiken.
- Enorma och ökande behov och förväntningar.
- Resursbrist, inte ideologi - piller eller prat? – är det största problemet idag.
- Resursbristen leder till stor tidsåtgång för prioritering av resurserna, tär på personalen och bryter ned patienterna.
- Bristande medverkan från många patienter, särskilt de svårast sjuka.
- Många behandlingar har halvdan effekt. Vi har svårt att lyckas hjälpa alla patienter bli återställda eller åtminstone må mycket bättre även när vi har resurserna och gör allt rätt. Vi kan å andra sidan göra *något* för nästan alla.
- Samt ytterligare ett praktiskt problem, tillika en etisk katastrof: Ofta trånga och överbelagda avdelningar, där det föreligger en mer än försumbar risk för att patienten i ett obehagligt ögonblick blir misshandlad av en psykotisk medpatient, särskilt på avdelningar där man vårdar patienter med psykotiska sjukdomar. Man blir kanske inlagd med tvång, svävar sedan i fara för att bli påhoppad.

Självkänsla och självrespekt

- Det finns en "sund narcissism". Det är helt okay att vara mycket intresserad av sig själv, förutsatt att man *också* intresserar sig för andra. Det är inte antingen eller - vi är båda viktiga, bådas behov och önskningar är lika viktiga och värda att respekteras, "win-win".
- Självkänslans grund och vårt djupaste behov: att bli sedd, betyda något för andra, berika andras liv
 - "Vi behöver någon att bli verklig för" (Ulf Lundell).
 - Jag vill inte att den som är viktig för mig ska lyssna på mig. Jag vill att denne ska *vilja* lyssna på mig, vilket är något helt annat - annars kan det vara. Och jag har ett litet personligt problem: jag kan inte tala med dig när du går ut ur rummet, även om du möjligen kan lyssna på mig då. Jag har ett problem, inte du, men jag ber om din hjälp.

- Vi vill betyda något för andra, inte få beröm. Vi vill inte vara "duktiga" när vi gjort en insats, däremot gärna få ett tack. "Tusen tack, nu slapp jag!" Vill du revolutionera ditt liv? Du behöver inte resa någonstans – du kommer långt med att börja säga tack, förutsatt att det är uppriktigt känt. Att se, glädjas och känna tacksamhet för allt det goda i ens liv är en närmast oöverträffad metod för mer lycka och välmående i livet. Och omvänt: att envetet fokusera på det man fortfarande "saknar" annullerar den positiva effekten av allt det goda man har och leder till känslomässig misär oavsett de egentliga omständigheterna.
- Barnet som kommer med en teckning hen ritat: Säg inte att hon är duktig på att rita. Bekräfta istället känslan, möt barnets glädje med din egen glädje. Och intressera dig för hennes värld så som hon uttrycker den i sin teckning. "Har du ritat en teckning till mig? Tack, vad glad jag blir! Låt se, är det här ett hus, och det här en flicka kanske? Berätta för mig vad du ritat!"
- Ovillkorlig kärlek är för bebisar. Vi andra får dessvärre med åren börja förtjäna våra medmänniskors kärlek, vilket förutsätter självkänedom - som vi får av andra, inte genom att filosofera på vår kammare och inte genom att sätta upp små lappar med "positiva affirmationer" om att vi är fantastiska på vårt badrumsskåp. Man måste ha *täckning* för sitt dugande och sin självkärlek.
- Det mest kärleksfulla vi kan göra är inte att acceptera våra medmänniskor ovillkorligt. Det är att ha modet att på ett omtänksamt och kärleksfullt sätt erbjuda dem den autentiska återkoppling som är en förutsättning för att en människa ska kunna öka sin självinsikt. Därmed ger vi den andre en chans att välja att hyfsa sitt beteende om hen skulle vilja det.

Kartor, positivt tänkande, fokusering och relativisering

- Receptet för ett lyckligt liv i en demokrati, med tillräcklig ekonomi, utan svår sjukdom, är tämligen okomplicerat och ryms sannolikt på en halv A4. Men *tillämpningen* kan måhända tarva en hel bok.
- Vi lär oss inget av våra erfarenheter. Möjligen lär vi oss något av våra slutsatser, om vi drar några. Så försök dra slutsatser för framtiden av dina erfarenheter. Och låt slutsatserna leda till beslut. Förkunna sedan beslutet för andra och be om deras hjälp - försök inte klara det själv, i smyg.
- Tänk rätt och sant, inte "positivt". Det är skillnad på att tänka positivt och att fokusera. Vår livskvalitet styrs i hög grad av hur pass korrekta och nyanserade kartor vi lyckas rita över det som är väsentligt i vårt liv.
- "Face the brutal facts." Det *finns* en värld där ute. Du kan inte hantera den värld du inte ser och förstår. Hantera en skenvärld och få ett skenliv, hantera en låtsasvärld och få ett låtsasliv.
- "You are entitled to your own opinions, but not to your own facts."
- "Tänka fritt är stort, tänka rätt är större" (Thorild).
- Vad vi har och hur vi har det spelar sällan någon större roll för vår lycka. Det avgörande är hur vi *ser* på det vi har, vilken tolkning vi gör, hur vi *förhåller* oss till det som händer och det vi har. Ser vi och känner tacksamhet för allt vi har, eller ser vi bara det vi saknar? Det kommer alltid att "saknas" en massa i varje människas liv.
- Vi jämför vår insida med andras utsida. Och oss själva med summan av alla andras samlade egenskaper och tillgångar, "additionsstress".

- Hur många av er vaknade i morse och tänkte: "Fantastiskt, jag verkar ha fått en dag till, jag verkar få leva en dag till! Hur kan jag ta vara på denna gåva?" Och hur många av er tänkte när ni vaknade: "Det ska bli spännande att se vem min fru och mitt barn är idag"?
- När man möter någon på gatan och båda råkar väja åt samma håll: vad händer vid andra "krocken"? Ett leende, eller en sur grimas? Av reaktionen man möter kan man ana den andres liv.
- Christer Olsson: "Frågan är om du har något att vara mer tacksam för än det faktum att du kan ge dina barn bra mat var dag?" Ändrade permanent min upplevelse av att gå och handla mat. Funkar för mig för att det är *sant* för mig, inte något falskt "positivt" tänkande.
- Viktig fråga för min livskvalitet: Vem bestämmer över mina känslor?

*Vilken syn på våra patienter har vi, hur ser **våra** kartor ut?*

- De kartor och föreställningar vi gör oss av våra patienter är avgörande för hur vi behandlar dem, och därmed för vårdens kvalitet. Är patienten en manipulatör eller en som gör så gott hen kan?
- Om man inte vet vilka värden man vill skapa tar man kanske bort fel saker. Patientens bästa är alltid grundvärderingen.
- "Det handlar om att man kommer med olika bakgrunder och olika förväntningar till mötet mellan patient och läkare på akuten. Om man envisas med att behålla sin egen syn på saker, då blir mötet ju jättedåligt." (Anonym, LT 42/2015)
- Inte alltid "sjukt" eller "friskt". Man kan ha drag av det ena eller andra.
- Knepig/besvärliga personer uttrycker ofta ett omedvetet behov. De söker bekräftelse, men eftersom alla irriterar sig på dem vill ingen ge dem det, varpå det uppstår en ond cirkel av upptrappande bekräftelsesökande (med dysfunktionella metoder). De behöver liksom vi icke-knepiga (dream on!) uppmärksamhet och att bli tagna på allvar.
- Kollegan som klättrade upp på taket för att få ner den patient som hotade hoppa ner om han inte själv fick välja avdelning: Det uppstod snabbt två läger bland personalen – hur skulle det bli om *alla* skulle göra så för att få välja avdelning? Men hur stor är egentligen risken för praxisbildning och att alla skulle börja klättra upp på taket för att få bestämma var de ska vårdas?
- Man kan vända sig till en delpersonlighet hos den andre. "Nu vill jag tala med den del av dig som vill leva ett tag till."
- Om man är suicidnära har man enligt min syn på saken nästan alltid *sammantaget* en allvarlig psykisk störning. Vem har bestämt att bara vissa sorters melankoliliktande depressioner är uttryck för en allvarlig psykisk störning och att övriga olyckliga suicidala - med "fel" sorts lidande - själva kan och får "ta ansvar själv" för sina handlingar inklusive sina suicidhandlingar? Vem skulle hålla fast vid det resonemanget om det gällde en nära anhörig? Vem "väljer" rationellt och fritt att ta sitt liv? Även dessas suicidalitet är uttryck för ett outhärdligt lidande, som de inte hittar någon bättre lösning för än att ta sitt liv. "Mot dumheten kämpar självaste gudarna förgäves" skrev Schiller, lika aktuellt idag som då. Den eviga, individuella dumheten har kompletterats med en officiell, institutionaliserad sådan som ofta ödelägger goda människors möjligheter att åstadkomma något meningsfullt och värdefullt på jobbet.
- Enligt min mening föreligger det stora etiska och praktiska problem med skriftliga kontrakt där patienten får skriva under på att hen lovar att inte självskada sig, och att hen skrivs ut om hen skulle göra det. Det är inte patienten som misslyckats - det är *sjukvården* som misslyckats med att ge adekvat vård. Det vore bättre om vårdgivaren framförde till patienten

att hen är ledsen för att vi ännu inte hittat ett fungerande sätt att hjälpa patienten att inte skada sig - kanske t o m bad om ursäkt – och att vi behöver patientens hjälp med hur vi skulle kunna förbättra vården. Hjälp oss, hur blev det så här och hur kan vi göra för att minska risken för ett uppreparande? Om inte vi tar ansvar för vårt misslyckande hamnar det hos patienten som skuld.

Bemötande och relationer

- Det krävs två för en tango - även det bästa bemötande kan sluta i en oväntad brottningsmatch. Och ibland är en konflikt bara den enes fel, tro´t eller ej.
- Erfarenhet av "coaching" av ett antal chefer med bekymmer: *alla* har en besvärlig person i närheten, som de behöver hjälp med att hantera (medarbetare, underordnad eller egen chef).
- Den som är missnöjd *vill* något, vill få något som hen just nu inte tycker sig få. Definitionen på frustration! Vad är det hen vill, och hur kan ni hjälpas åt med att komma dit?
- Vid problem i mötet eller med patientens beteende: sitt ner tillsammans, beskriv vad du ser, fråga om du uppfattat det rätt, fråga vad du själv, patienten och ni gemensamt skulle kunna göra för att komma tillrätta med problemet.
- Sitt på samma sida om bordet, lägg ut problemet "på bordet" för gemensamt betraktande. Helst skulle man också lägga armen om den andres axlar om det är laddat, så att denne verkligen kan känna ens välvilja (som man först behöver uppbåda på riktigt, eftersom känslor smittar och falska varor snabbt blir avslöjade).
- Vid kommunikationssvårigheter och missförstånd: Be den andre återge precis vad hen tyckte sig höra att du sa. Imago-terapi vid samlevnadsproblem: lyssnaren får återge vad hen hörde ända tills talaren är nöjd, först då övergår ordet till den andre.
- Vill du förbättra ditt liv – gör insättningar på ditt konto hos andra människor, så att du har något att ta ut när det behövs. Investera i dina medmänniskor!
- Problem i relationen är en möjlighet. En person som mår dåligt eller ställt till det för sig ger möjlighet till en gigantisk insättning, mycket större än när allt går som det ska. Utnyttja tillfället till att stärka er relation och skapa ett *bättre* utgångsläge till nästa möte. Och se till att avsluta interaktionen med att förmedla att det nu är överspelat och klart, och att den andre är hundra procent okay i dina ögon. Personen ska inte lämnas med skam eller skuld, eller en känsla av att inte riktigt duga i dina ögon längre. Avsluta schysst och gå vidare.
- Det har varit ett evinnerligt tjat om huruvida vårdgivaren och chefen får vara personlig, eller om hen ska vara strikt "professionell". Men det är en falsk dikotomi, man behöver inte välja. Tvärtom är det vanligen bättre att vara både och, samtidigt. Man kan växla mellan rollerna och tala om vad man gör. "Som din chef är min roll att... men som din vän/medmänniska tycker jag att..." "Som din läkare..." "Vill du att jag svarar som din chef eller som din vän?"
- Vi behöver känna oss trygga i ett samtal för att våga öppna oss och visa vem vi är. Den tryggheten upplever vi bara om vi känner att vi får kontinuerlig och tillförlitlig återkoppling från den andre, så att vi kan följa dennes reaktioner på oss och det vi säger. Jag behöver veta att jag omedelbart märker på den andre om hen tycker att jag säger något dumt, så att jag kan välja att korrigera min framtoning. Därför är en strikt "professionell" samtalspartner ett hinder för god kommunikation; vi behöver kunna följa den andres reaktioner på det vi säger för att våga visa vem vi är och kunna styra hur vi talar och vad vi tar upp. Var äkta och autentisk, inte "professionell". Le inte överslätande, våga visa vad du tycker. Ibland behöver man ta litet risker i samtalet för att komma någon vart, och att bjuda litet på sig själv är sällan fel. Du behöver vara modig, inte gömma dig bakom en mask.

- Hur skulle dina samtal bli om du bestämde dig för att alltid ge patienten litet mer än vad hen betalt skatt för? Huvudsaken är att det du säger verkligen utgår från vad som är det bästa för patienten just nu, så att du inte utnyttjar patienten för dina egna mer eller mindre medvetna behov. Naturligtvis kan det sluta olyckligt om du är oskicklig, men det kan allt annat man gör i samtalsväg också göra. Då får man ta på sig ansvaret, be om ursäkt och gå vidare. "Sorry, jag ser att jag uttryckte mig klumpigt. Låt mig försöka igen, på ett bättre sätt."
- Jourläkaren med den suicidnära patienten han ville skicka hem då hon inte hade en "allvarlig psykisk störning": kan du hitta ett sätt att bli *sams* med henne om vad ni gör innan hon går hem, tror du? Att inte känna sig sedd, förstådd och trodd, och att inte få som man vill, ökar risken för ett suicidförsök. Många av våra "besvärliga" patienter och ett och annat suicidförsök har vi skapat alldeles själva.
- Möt patienten på ett existentiellt plan, människa till människa. Använd det ni har gemensamt i samtalet. Dela vanmakten, försök inte ta bort den. Försök inte ändra eller ta bort några känslor - lyft fram, belys och dela dem istället. Förneka inte det jobbiga, ifrågasätt inte, avbryt inte, skuldbelägg inte. Låt det vara just som det är just nu. Låt patienten prata om hur hen har det.
- "Berätta" sätter igång samtalet. "Hur mår du?"
- Våga fråga om detaljerna, även det jobbiga – vad hände, vad tänkte du, vad kände du, vad gjorde du, hur tänker du nu om det som hände?
- Varför har patienten valt att leva fram till nu? Vad har gett livet mening och innehåll hittills (vanligen relationerna)? Visa på alla möjligheter till gemenskap.
- Om du kan hjälpa patienten se att förändring är möjligt så lever hen på ett tag till.
- Du är ditt främsta verktyg, så vårda och använd dig själv, allt du är, har och kan.

Patienter med EIPS

- Bemötandet avgörande. Fel bemötande försämrar patienten.
- Bemötande som hjälper: bli lyssnad på, bli förstådd, att behandlaren uppfattas som engagerad.
- Utbildning specifikt om självskadebeteende ger ett bättre omhändertagande, men inte lång erfarenhet och formell utbildning.
- Patienten manipulerar inte. Riktig manipulation märks inte.
- Patienten gör så gott hen kan, men har ett outhärdligt liv. Behöver ibland lära sig nya beteenden.
- Empatiskt lyssnande och undersökande förhållningssätt.
- Fokus på ökad emotionell medvetenhet och förbättrad emotionsreglering.
- Vilken funktion har självskadebeteendet?
- Våga fråga. Öppet och nyfiket, inte dömande, inte ställa till svars. Uppmärksamhet, omtanke och intresse för hela människan och inte bara för självskadebeteendet. Hur mår du, du som skadat dig?
- Vad skulle kunna få ditt beteende/mående att vända?
- Kontroll av patientens beteende minskar dennes autonomi och egenmakt, blir till en ond cirkel.
- Patienten har ofta problem med emotionell förståelse och känsloreglering. Stäm av att patienten uppfattat rätt vad du sagt och vad ni ska göra. Lyssna och återkoppla oavbrutet. Har jag förstått dig rätt?

- Vårdgivaren blir själv känslomässigt dysreglerad vid självskadebeteende. Vi behöver kunna lugna oss själva.
- Lyssna till dina känslor av att det inte går helt bra, använd dina känslor som det redskap de är.

Chef- och ledarskap

- Moder Theresas föreläsning: "Tycker ni om era medarbetare?" Varefter hon lämnar podiet.

Michael Rangne

2015-11-21